

ШТАТ МАССАЧУСЕТС  
ДЕПАРТАМЕНТ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
(DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH)

**Разрешение на предоставление информации  
Двустороннее**

---

<b>Имя:</b>	<b>Другое имя (имена):</b>
<b>Адрес:</b>	<b>Телефон:</b>
<b>Номер социальной безопасности:</b>	<b>Дата рождения:</b>

---

Я разрешаю Департаменту психиатрического здравоохранения (Department of Mental Health, DMH) получать информацию от лица, организации или учреждения, указанных ниже, а также предоставлять информацию указанным лицам / учреждениям в устной или письменной форме в соответствии с указаниями, приведенными в данном разрешении.

---

<b>Имя:</b>	<b>Вниманию лица:</b>	<b>Телефон:</b>	
<b>Улица, дом, квартира:</b>	<b>Город:</b>	<b>Штат:</b>	<b>Почтовый индекс:</b>

---

**Контактная информация департамента DMH:**

**Имя:** \_\_\_\_\_ **Телефон:** \_\_\_\_\_  
**Адрес:** \_\_\_\_\_

---

Лицо, заполняющее данную форму, должно указать дату (даты), в отношении которой запрашивается информация. Обращаем ваше внимание на то, что запрос на предоставление записей, касающихся психотерапии, не может быть объединен с любым другим видом запроса. Уточните, какую информацию следует предоставить, например: всю медицинскую документацию, документацию по поступлению в больницу (ы), заключение(я) о выписке(ам) из больницы, заключение(я) о переводе в другие учреждения, документы о проведении обследований, оценок и тестов, сведения о консультации(ях) с указанием имен консультанта(ов), план(ы) лечения, индивидуальный(е) план(ы) обслуживания ISP(s) и PSTP(s), отчеты по медосмотру и лабораторным анализам, запись(и) о течении заболевания:

---

---

---

---

---

---

---

---

**Цель предоставления разрешения:**

- Лицо, к которому относится данная информация, или его личный представитель заполнили данное разрешение по собственной инициативе (наличия особой цели не требуется)  
или
- Координация процесса лечения     Упрощение процедуры выписки счетов  
 Выдача направления                     Получение страховых, финансовых или других пособий  
 Другая цель (пожалуйста, укажите)

**Копия данного разрешения должна иметь ту же законную силу, что и оригинал.**

ШТАТ МАССАЧУСЕТС  
ДЕПАРТАМЕНТ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
(DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH)

**Разрешение на предоставление информации  
Двустороннее (продолжение)**

**Имя лица/название учреждения или организации, вне Департамента (Department of Mental Health, DMH), которым разрешается получать или предоставлять информацию:** \_\_\_\_\_

Я понимаю, что имею право отменить данное разрешение в любое время. Если я отменяю данное разрешение, я должен оформить это решение в письменном виде и представить его в Департамент (Department of Mental Health, DMH) по адресу, указанному на первой странице. Я понимаю, что эта отмена не будет распространяться на информацию, которая уже была предоставлена на основании данного разрешения. Я понимаю, что отмена разрешения не будет действовать в отношении моей страховой компании в тех случаях, когда закон предоставляет моему страховщику право оспаривать иск по моему страховому полису. Срок действия данного разрешения заканчивается (укажите дату, период времени или событие) \_\_\_\_\_ или, если здесь ничего не указано, тогда, когда я перестану получать услуги Департамента (Department of Mental Health, DMH). Я понимаю, что после того как вышеуказанная информация будет предоставлена какому-либо лицу, учреждению или организации, не входящим в структуру Департамента (Department of Mental Health, DMH), получатель информации может повторно раскрыть ее и данная информация может не обеспечиваться защитой в соответствии с законами или нормами штата или федеральными законами или нормами о соблюдении конфиденциальности информации. Я понимаю, что предоставляемое мною разрешение на использование или предоставление информации, указанной выше, является добровольным. Я не обязан подписывать данную форму, чтобы получать лечение или услуги от Департамента (Department of Mental Health, DMH) и/или других указанных лиц, учреждений или организаций. Однако ограниченная возможность в отношении раскрытия или сбора информации может препятствовать Департаменту (Department of Mental Health, DMH) и/или другим указанным лицам, учреждениям или организациям в предоставлении надлежащего и необходимого ухода.

\_\_\_\_\_  
Ваша подпись или подпись Личного Представителя

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Имя лица, подписавшего документ, печатными буквами

**СЛЕДУЮЩИЙ РАЗДЕЛ ФОРМЫ НЕОБХОДИМО ЗАПОЛНИТЬ, ЕСЛИ ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЛИЧНЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ**

Вид полномочий представителя (например, назначенный судом представитель или родитель, являющийся опекуном) \_\_\_\_\_

Случаи предоставления информации по специальному разрешению (пожалуйста, отметьте инициалами все, что применимо)

\_\_\_\_\_ Если моя медицинская документация содержит информацию, касающуюся лечения алкоголизма или наркомании, конфиденциальность которой защищена Федеральной Нормой Свода Федеральных Постановлений 42, Часть 2 (Federal Regulations 42 CFR, Part 2), то я даю специальное разрешение на предоставление такой информации.

\_\_\_\_\_ Если моя медицинская документация содержит информацию, касающуюся теста на антитела и антигены ВИЧ, конфиденциальность которой защищена Общим законом штата Массачусетс MGL с.111 §70F, информация по диагностике или лечению ВИЧ/СПИД, то я даю специальное разрешение на предоставление такой информации.

\_\_\_\_\_  
Ваша подпись или подпись Личного Представителя

\_\_\_\_\_  
Дата

**ИНСТРУКЦИИ:**

1. Данная форма будет считаться действительной только в том случае, если она заполнена полностью.
2. Распределение экземпляров: оригинал - в соответствующее дело Департамента (Department of Mental Health, DMH), копия - лицу, дающему разрешение, или его личному представителю; копия - лицу/учреждению/организации, которые подали запрос.

DMH Authorization for Release of Information -Two Way

стр. 2 из 2

Разрешение на предоставление информации Департаментом (Department of Mental Health, DMH) - двустороннее